UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1918 — N° 9

Séborrhée, Acné et Calvitie

Chez les Indigènes de l'Algérie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1918

PAR

Pierre André JEANNOËL

Médecin Aide-Major

Décoré de la Croix de Guerre, Officier du Nichan Iftikar

Né à Removille (Vosges), le 29 Janvier 1890

MEMBRES DU JURY :

MM. SOULIÉ, *professeur de pathologie générale et microbiologie* — PRÉSIDENT.

POUJOL, *professeur d'anatomie pathologique* .....

GILLOT, *agrégé de médecine générale*.....

MONTPELLIER, *chargé des fonctions d'agrégé, maladies des pays chauds, maladies syphilitiques et cutanées*..

— ASSESSEURS.

ALGER
IMPRIMERIE S. STAMEL
2, Rue Denfert-Rochereau, 2

1918

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1918 — N° 9

Séborrhée, Acné et Calvitie

Chez les Indigènes de l'Algérie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1918

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Pierre André JEANNOËL

Médecin Aide-Major

Décoré de la Croix de Guerre, Officier du Nichan Iftikar

Né à Removille (Vosges), le 29 Janvier 1890

MEMBRES DU JURY :

MM.	SOULIÉ, *professeur de pathologie générale et microbiologie*	PRÉSIDENT.
	POUJOL, *professeur d'anatomie pathologique*	ASSESSEURS.
	GILLOT, *agrégé de médecine générale*.....	
	MONTPELLIER, *chargé des fonctions d'agrégé, maladies des pays chauds, maladies syphilitiques et cutanées*..	

ALGER
IMPRIMERIE S. STAMEL
2, Rue Denfert-Rochereau, 2

1918

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGEI

DOYEN	MM. CURTILLET (✻, I. ✪).
ASSESSEUR	TRABUT (✻, I. ✪, O. ⚜).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Physiologie	REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	X.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ✪).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✪).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ✪, ✻).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ✪, O. ⚜)
Pathologie générale, microbiologie	SOULIE (✻, I. ✪).
Hygiène et médecine légale	X.
Histologie	ARGAUD (I. ✪).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✪).

PROFESSEUR HONORAIRE

M. A. TREILLE (✻).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM. GILLOT (I. ✪).
Physiologie	BATTEZ (✻).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM. LEBLANC (✻, A. ✪).
Chaires de pathologie, de clinique externe et de clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✪). FUSTER (✻, A. ✪).
Chaires de chimie et de physique	MALOSSE (A. ✪).
Chaires de pharmacie et de matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de chirurgie	LOMBARD. PELISSIER.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	NÈGRE.
Section des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	MONTPELLIER.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la Mémoire de mon Oncle

Le Capitaine Henry MOQUETTE

du 3e Régiment de Tirailleurs

Tué à Soupir (Aisne) le 6 Novembre 1914

A mon Père et a ma Mère

Faible Témoignage

de ma Profonde Reconnaissance

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE NANCY

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
D'ALGER

A Monsieur le Professeur SOULIÉ

Professeur de Pathologie Générale et de Microbiologie

a la Faculté de Médecine d'Alger

Médecin Principal de 2e Classe

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette Thèse

AVANT-PROPOS

Durant notre court séjour au 1er Groupe d'Artillerie, après avoir quitté le 4e Régiment de Spahis qui avait été rappelé en Afrique à la fin de l'année 1917, nous eûmes le loisir de passer nos deux derniers examens à la Faculté de Médecine d'Alger. Nous étions ensuite affecté à un Bataillon du 6e Tirailleurs désigné pour le front Occidental. C'est alors que Monsieur le Docteur Montpellier, chargé des fonctions d'agrégé, a bien voulu nous inspirer, comme sujet de notre thèse inaugurale, une étude que nous puissions entreprendre loin de la Faculté. Nous n'avons pas hésité à nous mettre à l'œuvre, car si la documentation semble faire défaut, les observations que nous avons pu prendre sur les nombreux Indigènes que nous voyons journellement défiler sous nos yeux ont facilité beaucoup notre tâche.

Avant d'aborder l'étude de ce modeste travail, il nous reste à adresser à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy, que nous avons quittés en 1912 pour accomplir nos années de service militaire, l'hommage de notre plus vive reconnaissance. Nous nous souviendrons toujours du précieux enseignement qu'ils nous ont donné.

Nous sommes très reconnaissant également à Monsieur le Doyen et à tous les Professeurs de la Faculté de Médecine d'Alger, de l'accueil bienveillant qu'ils nous ont témoigné.

Que Monsieur le Docteur Montpellier en particulier veuille bien accepter nos remerciements les plus vifs pour les excellents conseils qu'il nous a donnés.

A tous les chefs sous les ordres desquels nous avons servi sur le front pendant 39 mois et qui nous ont porté un si bienveillant intérêt, le Colonel Jucqueau, le Lieutenant-Colonel Pététin, le Chef d'Escadrons Aroles, du 60e d'Artillerie, le Colonel Sarton du Jonchay, le Chef d'Escadrons Courtot, du 4e Spahis, nous apportons ici l'assurance d'une inaltérable fidélité.

A tous nos camarades de la Faculté et du Régiment, le plus sympathique souvenir.

Que le Médecin-Major Courboulès, les Lieutenants Destouet et Thierry, du 4e Spahis, reçoivent ici le témoignage de notre profond attachement. La solide amitié qui nous unit contribue dans une large mesure à nous rendre si cher en souvenirs ce passé des dernières années.

INTRODUCTION

Nous avons divisé notre sujet en 4 parties.

Dans un premier chapitre nous exposerons des considérations générales sur la Pathologie cutanée algérienne telle qu'elle a été entrevue par des médecins militaires durant leur séjour en Algérie, ou au cours de missions qu'ils ont accomplies dans l'Afrique du Nord. Nous y joindrons les études des Docteurs Raynaud, Legrain, du Professeur Brault et les remarques toutes récentes du Docteur Montpellier.

Nous insisterons un peu longuement sur ces considérations générales parce qu'il est intéressant de remarquer combien peu, parmi tous les auteurs précités, ont constaté la **Séborrhée** chez les Indigènes.

Nous nous rangerons à l'avis du Docteur Montpellier, et dans un deuxième chapitre, nous rapporterons 30 observations prises au hasard, nullement choisies, sur des tirailleurs et des spahis. Nous en tirerons cette conclusion que la **Séborrhée** est fréquente chez eux.

Dans un troisième paragraphe, nous étudierons une de ses transformations habituelles, l'**Acné ;** quelques observations personnelles nous permettront d'affirmer qu'elle est loin d'être rare.

Au quatrième chapitre, à côté d'une étude statistique de la **Calvitie** chez les Indigènes, nous passerons en revue les principales causes d'ordre *général et local* qui peuvent favoriser l'**Alopécie** progressive et définitive du vertex.

Nous verrons que ces conditions diverses ne diffèrent pas sensiblement chez les Indigènes de l'Algérie et chez les paysans de la Métropole et sont à elles seules insuffisantes pour expliquer cette différence d'attitude, en face de la calvitie des cuirs chevelus musulmans et européens.

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA PATHOLOGIE CUTANÉE ALGÉRIENNE

Le jeune médecin qui vient de France, s'attend à découvrir, lorsqu'il met le pied sur le sol algérien, des affections cutanées nombreuses et bien spéciales au pays. Or, à part quelques dermatoses comme le **Bouton de Biskra**, le **Pied de Madura**, les autres, tout en revêtant parfois des caractères un peu particuliers, ou en se révélant plus nombreuses, sont à peu de chose près superposables à celles de France.

Avant 1892, seuls les médecins militaires qui ont séjourné dans différents postes du Littoral et du Sud nous ont renseigné sur la **Dermatologie de l'Afrique du Nord.**

En 1840, le Docteur Guyon, chirurgien en chef de l'Armée d'Afrique, traverse les provinces de Constantine et d'Alger. Il constate dans la tribu des Beni-Mansour, comme chez toutes les peuplades de l'Afrique du Nord Occidentale, deux affections prédominantes : la **Teigne** et la **Gale.**

En 1853, le Docteur Barby déclare que dans la région d'Orléansville les **Maladies de la Peau** sont généralement peu communes si l'on excepte la **Gale**, l'**Urticaire** et certains **Erythèmes** chez les enfants.

Une étude plus approfondie nous est fournie par le Médecin-Major de 1re classe Vincent qui eut l'occasion de traiter de nombreux kabyles à l'hôpital militaire de Dellys. D'après lui, l'action du climat d'Afrique sur la peau a une influence certaine et la malpropreté habituelle des habitants est avant tout la cause des éruptions cutanées que l'on rencontre. D'autre part, les individus atteints ont assez peu le souci de la guérison, et si l'affection ne cause pas trop de gêne à celui qui en est atteint ou de dégoût à ceux qui l'entourent, elle est supportée patiemment comme un présent du ciel qu'il faut savoir accepter et garder.

Contrairement à ce que l'on se croirait en droit d'attendre, sur 423 malades que le Docteur Vincent eut l'occasion de soigner pendant la période du 5 novembre 1859 au 1er octobre 1861, il ne signale que 13 **affections cutanées** qui se réduisent à 11 si l'on en excepte 2 cas de variole.

Elles se décomposent ainsi :

Fausses teignes.....	6
Eruptions variées.....	4

Gale	1

Une statistique très intéressante nous est donnée en 1863 par le Docteur Lucien Leclerc qui fit partie d'une mission médicale en Kabylie.

Elle porte sur 362 cas relevant de la pathologie cutanée, à savoir :

Cicatrices	1
Herpès	1
Nœvus	1
Psoriasis	2
Lèpre	2
Tubercules	2
Verrues	2
Acné	2
Exanthèmes	3
Prurigo	3
Erysipèle	4
Erythèmes	5
Crevasses	13
Eczéma	15
Dartres	17
Gale	67
Teigne	223

Deux affections cutanées se font remarquer par leur fréquence, la **Gale** et surtout la **Teigne**.

D'après lui, relativement au sexe, tous les teigneux sont exclusivement du sexe masculin.

Cinq années plus tard, le Médecin-Major Challau étudie les maladies de la peau chez les Kabyles des environs de Fort Napoléon. Pour lui, il n'y a presque pas d'habitants qui n'aient quelque affection cutanée occasionnée le plus souvent par la saleté repoussante des téguments, par les mélanges incroyables qu'ils appliquent sur leurs plaies dans le but d'en obtenir la cicatrisation et par le peu d'empressement qu'ils mettent à venir consulter le médecin pour se guérir, notamment de la gale qui les dévore. Il rencontre la teigne à chaque pas ; elle atteint hommes et enfants et ne s'arrête guère qu'avec la perte complète des cheveux.

Il est regrettable que le Docteur Challau n'ait pas dénommé ces affections cutanées qu'il signale en grand nombre chez presque tous les Kabyles, car en 1892, le Docteur Raynaud, tout en invoquant les mêmes causes étiologiques chez les Indigènes, absence d'hygiène corporelle, saleté telle que la crasse s'en va par écailles, vermine qui grouille dans les vêtements, déclare que les maladies de la peau sont chez eux peu fréquentes ; souvent même les dermatoses contagieuses ne se transmettent pas davantage... Et il a observé des Indigènes qui n'avaient pas vu un médecin depuis 6 ou 8 ans et qui se dérangeaient avec la plus grande facilité pour venir lui montrer les

affections les plus légères pour avoir soins et remèdes gratuits.

Au cours de la mission dont il fut chargé pour étudier les affections syphilitiques et cutanées et apporter un soulagement aux populations, il note sur 800 malades observés, à part la teigne qu'il trouve fréquente :

Psoriasis	1 cas
Lichen	1 cas
Prurigo	2 cas
Eczéma	2 cas
Acné	3 cas
Herpès	3 cas
Furonculose	4 cas
Affections indéterminées	4 cas

A la même époque, Hattute, décrivant les coutumes des Kabyles, déclare que les affections des téguments ne reconnaissent pour cause, dans la plupart des cas, que l'incrustation dans la peau de la crasse qui la recouvre. Si elles ne sont pas immédiatement engendrées par la malpropreté, elles en reçoivent tout au moins des caractères bien remarquables de persistance et d'acuité. Indépendamment des affections qu'il range sous le nom de **Dartres**, il signale le **Zona**, le **Prurigo**, le **Rupia**, l'**Impétigo**, l'**Ecthyma** et l'**Acné**.

La gale est fréquente avec le prurigo et l'eczéma

qu'elle engendre. Elle est tenace car l'acare est parfaitement supporté par les Indigènes dont la sensibilité cutanée est peu développée.

Il note enfin une éruption lichénoïde très commune qui s'étend sur presque toute la peau, la recouvrant de squames farineuses.

Legrain, en 1899, signale les caractères et la fréquence ou la rareté en Algérie des principales dermatoses.

La **Phtiriase** est commune avec son cortège d'accidents cutanés imputables à la multiplication exagérée des poux de corps que renferment en grande quantité les burnous crasseux.

De même le **Favus**, la **Gale** accompagnée de lésions de grattage.

Les **Furoncles** et surtout l'**Ecthyma**. Les traumatismes répétés chez des gens qui marchent jambes et pieds nus sont évidemment les modes d'inoculation.

La **Lèpre** et le **Psoriasis** sont rares. Enfin le premier en date, il parle des **Affections séborrhéiques** : « Je ne connais pas, dit-il, d'exemple d'eczéma séborrhéique chez l'Indigène. Chez lui, d'ailleurs, les séborrhées en général sont infiniment plus rares que chez l'Européen. »

Brault déclare que si certaines affections cutanées se présentent chez les Indigènes avec une prédilection

marquée, la plupart ne sont pas aussi graves chez eux que pourrait le faire supposer leur incurie et leur malpropreté. En raison de leur manque d'hygiène, une sélection sévère s'établit parmi eux dès leur première enfance. Seuls les forts résistent. Tous ceux qui présentent des tares un peu marquées disparaissent. Les réactions nerveuses chez les Indigènes fatalistes sont très faibles et les téguments, exposés dès le jeune âge aux contacts grossiers et aux intempéries, présentent une résistance marquée vis-à-vis des attaques extérieures.

Les principales maladies de la peau qui ont été soignées de 1894 à 1904 à la clinique de dermatologie du Professeur Brault sont les suivantes :

Sycosis	2 cas
Pied de madura	2 cas
Lèpre	3 cas
Pemphigus	3 cas
Furonculose	3 cas
Eléphantiasis	4 cas
Anthrax	3 cas
Lichen	5 cas
Impétigo	7 cas
Phtiriase	8 cas
Psoriasis	14 cas
Favus	27 cas
Ecthyma	30 cas

Eczéma	37 cas
Gale	74 cas

Brault ne relève en plus qu'un seul cas de **Séborrhée.**

Montpellier, au début de son étude sur les **Mycoses** et **Pseudo-Mycoses** du pied en Algérie, explique la localisation préférée aux jambes et aux pieds des affections microbiennes. Continuellement l'Indigène expose ses membres inférieurs aux éraillures et aux traumatismes de toutes sortes. D'autre part, la syphilis, la tuberculose, le paludisme et aussi le fatalisme musulman, qui font de tant d'Indigènes de véritables loques, transforment leur organisme en milieux de culture favorables à la pullulation des germes. Le même auteur, dans une publication récente sur la séborrhée chez les Indigènes, note cependant que si la fréquence des dermatoses microbiennes est très grande chez eux, ces maladies ne présentent rien de bien spécial au point de vue clinique et évolutif. Il dit : « Je crois que l'on a généralement trop tendance à considérer la pathologie cutanée algérienne comme très spéciale. Je veux bien admettre qu'il existe en Algérie quelques affections de la peau inconnues ou rares dans la Métropole et que, d'autre part, certaines dermatoses communes aux deux pays peuvent revêtir ici des caractères un peu particuliers, mais je suis de plus en plus convaincu que la derma-

tologie de l'Afrique du Nord, mis à part quelque cas exceptionnels, reste, à très peu de chose près, superposable à celle de la Métropole. »

En terminant cette revue générale de tout ce qui a été écrit sur l'ensemble de la pathologie cutanée algérienne, il est assez curieux de constater que les auteurs qui invoquent les mêmes causes étiologiques (climat, hygiène déplorable, exposition des téguments aux intempéries), notent, les uns la rareté des dermatoses chez l'Indigène, les autres leur grande fréquence ; à dix ans d'intervalle, le Médecin-Major Vincent signale un nombre tout à fait restreint de maladies de la peau, alors que le Médecin-Major Challau déclare qu'il n'y a presque pas d'habitant qui n'ait quelque affection cutanée ; d'autre part, si presque tous les médecins qui ont exercé en Algérie s'accordent pour donner comme une des raisons de la fréquence des dermatoses l'exposition constante des téguments aux intempéries et aux traumatismes de toute sorte, Brault admet, par contre, que ces mêmes intempéries, ces contacts grossiers auxquels est soumise la peau dès le jeune âge lui permet de résister vis-à-vis des attaques extérieures.

Pour notre part, nous avons observé, depuis que nous soignons des soldats indigènes, quelques affections cutanées et toujours les mêmes.

Nous ne parlerons pas des spahis qui vivaient sur

le front depuis 1914 de la vie du troupier français, mais des canonniers incorporés par nous durant le mois d'avril et qui venaient de quitter leur pays d'origine.

Peu de **Psoriasis**, d'**Impétigo** et de **Furonculose**. La **Phtiriase**, la **Gale**, souvent compliquées de lésions de grattage, se rencontraient chez la plupart ; de même la **Kératodermie** des régions plantaires et surtout l'**Ecthyma** des jambes et des cuisses.

Quant au **Favus**, sur 1.900 canonniers incorporés au printemps dernier et venus des provinces de Constantine et d'Alger, nous en signalerons 129 cas actuellement en traitement à Ben-Nour.

Certes, nous n'avons pas trouvé personnellement que la flore microbienne et parasitaire des téguments fût différente de ce qu'elle est en France. La lecture des compte-rendus de voyages ou de missions de médecins à travers l'Afrique du Nord nous a appris que seules certaines dermatoses (clous de Biskra, mycoses du pied), que l'on ne rencontre pas dans la Métropole, étaient spéciales au pays.

CHAPITRE II

SÉBORRHÉE

Parmi tous ces états pathologiques cutanés, il en est un groupe qui a particulièrement fixé notre attention ; c'est le groupe **Séborrhée** et **Séborrhéides.** Ces états sont tellement fréquents ici, nous y reviendrons plus loin, que l'ont peut les considérer comme constants. Notre stupéfaction ne fut pas minime aussi, lorsque, dans la recherche de tout ce qui a été écrit ici sur les maladies de la peau depuis la conquête, nous n'avons trouvé, hormis l'article récent de Montpellier, que quelques lignes. Nous savons bien que, quoique connus depuis Biett et Rayer, ces syndrômes cutanés sont débrouillés depuis quelques dizaines d'années seulement et restent encore aujourd'hui un de ces points les plus discutés de la dermatologie. Il n'en est pas moins surprenant qu'il faille arriver à aujourd'hui pour avoir enfin une étude développée sur une partie aussi intéressante de la pathologie cutanée.

Pour Raynaud, la **Séborrhée** semble inconnue chez les Indigènes.

Legrain ne la nie pas, mais il déclare qu'elle est infiniment plus rare que chez les Européens.

C'est également l'avis de Brault qui dit : « Sauf chez les Mozabites et quelques descendants des Turcs, la **Séborrhée** est très rare chez les Indigènes. On ne la rencontre que chez les intellectuels et les savants. »

Montpellier vient le premier de relever cette erreur. Durant plus d'un an, il s'est astreint à noter l'observation clinique de l'état séborrhéique chez tous les Indigènes qu'il a rencontrés, soit à la clinique de de l'hopital civil, soit à sa policlinique privée. Ces Indigènes venaient de régions très diverses de l'Algérie (Tell, Hauts-Plateaux, Kabylie), et il s'agissait d'un mélange d'Arabes, de Kabyles, de Mozabites, de bledards, de citadins. Ses conclusions sont les suivantes : « La **Séborrhée** est aussi fréquente chez l'Indigène que chez l'Européen. » Elle présente chez l'un comme chez l'autre, non seulement les mêmes localisations, mais aussi les mêmes particularités. Le début, l'évolution sont identiques, les syndrômes cliniques superposables. De plus, les nombreux examens bactériologiques et anatomo-pathologiques auxquels il s'est livré, lui ont permis de pousser plus loin l'idendité de la **Séborrée** et des **Séborrhéides** chez les Indigènes avec ces mêmes états cutanés chez les Européens.

Nous nous sommes, sans hésiter, rangé à son avis. Tous les jours nous avons devant les yeux, soit aux

visites d'incorporation et de santé hebdomadaires, soit à celles du matin où les clients sont si nombreux, ces faces au nez et aux pommettes huileuses, aux pores sébacés agrandis, ces peaux marquées de points noirs, et nous devons reconnaître que cet état séborrhéique n'est pas plus l'apanage des Français que celui des Indigènes.

*
* *

Si les auteurs sont encore loin de s'entendre sur la définition, la nature et l'étiologie de la **Séborrhée,** il n'en n'est pas moins vrai que tout le monde s'accorde sur le syndrôme cutané auquel il convient de donner le nom de **Séborrhée.**

Nous rappellerons pour mémoire seulement que la **Séborrhée** peut atteindre les régions glabres et pilaires.

Sur les régions glabres elle se révèle :

1° Par des symptômes physiques, à savoir l'augmentation du diamètre des pores sébacés qui contiennent le cocon séborrhéique.

2° Par des symptômes fonctionnels caractérisés par une production exagérée du sébum normal, et sans doute aussi, de la sueur qui rend les téguments des régions atteintes gras et luisants.

Au cuir chevelu, elle donne lieu à la production d'un enduit d'aspect squameux, graisseux, de couleur

jaunâtre, déposé en une couche plus ou moins épaisse.

Les localisations de la **Séborrhée** se font suivant une ligne axiale qui sépare la tête et le tronc verticalement en 2 parties.

Les points d'élection de l'affection sont :

1° **A la face** : les régions sus-sourcilières, préauriculaire et auriculaire, le sommet des joues, le dessous de la lèvre inférieure, le menton.

2° **Au tronc** : le centre présternal, les régions intermammaire et interscapulaire, la médiale abdominale, les régions périombilicale, sacrée et périnéale.

3° **A la tête** : la région du vertex, la nuque.

Afin de mieux étudier nos malades et d'en voir un plus grand nombre, nous avons borné nos recherches à l'examen de la face, du cuir chevelu et du thorax. Ce sont là d'ailleurs les 3 localisations les plus typiques des lésions séborrhéiques. Nous avons examiné 100 sujets de 20 à 30 ans, donc à l'âge de la **Séborrhée** la plus franche. Nous ne pouvons rapporter toutes les observations ; celles que nous donnons ici ont été prises sur des tirailleurs et des spahis qui étaient en traitement à l'infirmerie ou qui se présentaient à la visite du matin.

Observation I

Bouzid, 21 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Pores sébacés peu dilatés sauf à la région de la base du nez où la pression fait sourdre des filaments assez gros, mais peu nombreux.

Tronc. — Région inter-scapulaire légèrement grasse au toucher.

Cuir chevelu. — Crasse séborrhéique peu accentuée.

Observation II

Raho Chikh, 20 ans. Petit commerçant. Bel-Abbès.

Face. — Pores sébacés dilatés principalement au niveau du dos du nez et des sillons naso-géniens. Joues et régions sus-sourcilières huileuses.

Tronc. — Régions intermammaire et interscapulaire moites et grasses au toucher.

Cuir chevelu. — Très séborrhéique principalement au niveau de la suture lambdoïde.

Observation III

Lahcène ben Bouchaïb, 35 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Dilatation des pores sébacés surtout marquée aux ailes du nez et au niveau des sillons naso-géniens. Téguments de la région frontale et des pommettes légèrement huileux.

Tronc. — Peu séborrhéique, légère éphidrose au creux pré-sternal.

Cuir chevelu. — Squames d'un blanc jaunâtre, qu'on enlève facilement, disséminées dans toute la région du vertex. Légère dénudation.

Observation IV

Ahmed ben Safi, 28 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Dilatation très nette des pores sébacés du sommet des joues, du dos et de la base du nez. Régions sus-sourcilières et frontale huileuses.

Tronc. — Régions interscapulaire et de la base du cou plus particulièrement grasses au toucher.

Cuir chevelu. — Quelques squames grasses sur le sommet de la tête.

Observation V

Belaïd ould Abderrhamane, 20 ans. Manœuvre. Province d'Oran.

Face. — Pores sébacés augmentés de diamètre dans la région nasale et dans les sillons naso-géniens. Front, pommettes et dessous de la lèvre inférieure luisants.

Tronc. — Régions cervicale, sternale et scapulaire également grasses.

Cuir chevelu. — Squames jaunâtres et grasses très rares mais en passant la pulpe des doigts sur toute l'étendue du vertex on sent le cuir chevelu huileux.

Observation VI

Bouhaos ben Amour, 26 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Séborrhée marquée au dos et à la base du nez, aux sillons naso-géniens, aux régions sus-sourcilières et au sommet des joues.

Tronc. — Régions mammaire et interscapulaire grasses au toucher.

Cuir chevelu. — Crasse huileuse jaunâtre en différents points du vertex.

Observation VII

Kaddour Boumédiane, 26 ans. Berger. Province d'Oran.

Face. — Quelques pores dilatés aux ailes du nez seulement.

Tronc. — Rien de particulier.

Cuir chevelu. — Quelques squames blanches sèches se détachant au moindre frottement.

Observation VIII

Abbas Kaddour, 20 ans. Fellah, Province d'Oran.

Face. — Peu huileuse. Peu de pores dilatés ; à la pression du nez on extrait cependant avec facilité des filaments vermiformes très allongés et très minces.

Tronc. — Régions intermammaire et interscapulaire légèrement grasses.

Cuir chevelu. — Légèrement séborrhéique.

Observation IX

Belkaïm Messoud, 22 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Dilatation marquée des pores sébacés du nez et des joues. Nombreux cocons séborrhéiques pointant vers l'extérieur et que l'expression fait sortir aisément. Peau du front, des ailes du nez et du dessous de la lèvre inférieure huileuse.

Tronc. — Faces antérieure et postérieure du thorax grasses.

Cuir chevelu. — Très légère crasse séborrhéique.

Observation X

Addou ben Mohamed, 24 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Dilatation des pores sébacés surtout marquée au nez et aux régions pré-auriculaires.

Tronc. — Régions de la nuque et du dos légèrement grasses.

Cuir chevelu. — Très légère crasse séborrhéique.

Observation XI

Djellour Kaddour, 32 ans. Manœuvre. Province d'Oran.

Face. — Gros cocons gras au niveau de la base du nez découvrant, après expression, des pores de 1 m/m à 1 m/m 1/2 de diamètre. Régions sus-sourcilières et la racine du nez luisantes.

Tronc. — Base du cou séborrhéique.

Cuir chevelu. — Quelques squames sèches grasses des cheveux.

Observation XII

Kaddour Thami, 22 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Nombreux filaments vermiformes très tenus à tête jaune pointant hors des pores sébacés de la base du nez. Région nasale, pommettes et front.

Tronc. — Légèrement gras et moite dans la région pré-sternale et entre les omoplates.

Cuir chevelu. — Squames jaunes et grises disséminées.

Observation XIII

Mohamed ould Ramdam, 20 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Pores sébacés petits ; l'expression de la région nasale fait sourdre quelques filaments peu allongés et très fins.

Tronc. — Rien de particulier.

Cuir chevelu. — Quelques squames plutôt sèches.

Observation XIV

Bottalem Mohamed, 22 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Dilatation peu marquée des pores pilo-sébacés ; quelques petits cocons au niveau des pommettes et des ailes du nez.

Tronc. — Région interscapulaire légèrement grasse au toucher.

Cuir chevelu. — Peu séborrhéique.

Observation XV

Bentameur Mohamed ould Yahia, 25 ans. Berger. Province d'Oran.

Face. — Pores sébacés en général peu dilatés ; ailes du nez grasses au toucher.

Tronc. — Régions pré-sternale interscapulaire légèrement séborrhéiques.

Cuir chevelu. — Quelques squames sèches et grasses et disséminées.

Observation XVI

Lalla ben Abdelkader, 22 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Séborrhéique au plus haut point. On note une augmentation très grande du diamètre normal des pores sébacés au sommet des joues, au ni-

veau de la base du nez, dans les régions pré-auriculaires et du menton. La peau ressemble à l'écorce d'une mandarine percée de trous en retrait. L'expression fait surgir de gros cocons ampullaires.

Tronc. — Les régions interscapulaire et mammaire sont huileuses et moites au toucher.

Cuir chevelu. — Des squames grasses sont déposées en couche assez épaisse dans toute l'étendu du vertex.

Observation XVII

Dzarza, 38 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Pores peu dilatés sauf au niveau du nez où ils atteignent facilement 1 m/m de diamètre et d'où pointent les cocons caractéristiques.

Tronc. — Peu séborrhéique. Base du cou légèrement huileuse.

Cuir chevelu. — Squames blanches disséminées. Les cheveux grisonnent mais ne tombent pas.

Observations XVIII

Mohamed ould Sidi Lakdar, 24 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Dilatation assez marquée des pores sébacés au centre de la face. Régions sus et intersourcilières légèrement huileuses.

Tronc. — Rien de particulier.

Cuir chevelu. — Un peu séborrhéique à la partie postérieure.

Observation XIX

Aissaoui Abdelkader, 27 ans. Petit commerçant. Province d'Oran.

Face. — Extrêmement séborrhéique. De nombreux filaments dépassent les orifices pilo-sébacés de toute la base du nez et des sillons naso-géniens. La pression la plus faible fait sortir des cylindres minces et très allongés. Le nez, les joues, le front sont très huileux.

Tronc. — Il en est de même de la peau du mammelon et du dos.

Cuir chevelu. — Assez séborrhéique.

Observation XX

Kaddour Aissa ould Mostefa, 20 ans. Berger. Province d'Oran.

Face. — Aspect huileux du visage tout entier. Pores sébacés agrandis surtout aux régions nasales et auriculaires.

Tronc. — Légèrement gras au niveau de la région postérieure du thorax.

Cuir chevelu. — Peu séborrhéique.

Observation XXI

Safi Abdelkader, 27 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Pores sébacés très dilatés au niveau de l'extrémité inférieure du nez et des parties latérales du visage. Aspect troué de la peau qui fait saillie entre les orifices pilaires en retrait.

Tronc. — Régions sternale et interscapulaire grasses.

Cuir chevelu. — Huileux et sale.

Observation XXII

Boumédiane ould Driss, 30 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Quelques pores sébacés augmentés de diamètre à la région nasale ; front légèrement huileux.

Tronc. — Rien de particulier.

Cuir chevelu. — Quelques squames disséminées à la base des cheveux.

Observation XXIII

Menouad ould Ahmed, 21 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Pommettes et front luisants. Pores agrandis aux régions sus-sourcilières et nasales.

Tronc. — Moite et assez gras en avant et en arrière.

Cuir chevelu. — Petites taches jaunes de crasse assez abondante dans la région postérieure du vertex.

Observation XXIV

Mohamed ould Bachir, 22 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Nombreux filaments vermiformes à extrémité jaunâtre faisant saillie hors des pores de la base et du dos du nez. Une pression très faible exercée sur cet organe les exprime avec la plus grande facilité.

Tronc. — Légèrement gras à la base du cou et à la région postérieure.

Cuir chevelu. — Quelques squames blanches et disséminées.

Observation XXV

Daman Cheik, 21 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Dilatation très marquée des pores sébacés des pommettes, de la région nasale et de la partie supérieure du menton. Du nez, en particulier, on extrait de gros filaments blancs à tête jaune.

Tronc. — Régions intermammaire et interscapulaire huileuses.

Cuir chevelu. — Petites zones de crasse sur le sommet de la tête.

Observation XXVI

Abdelkader ben Minoun, 26 ans. Berger. Province d'Oran.

Face. — Très peu séborrhéique. Quelques filaments très fins et allongés sont extraits de l'extrémité inférieure du nez.

Tronc. — Un peu gras dans la région interscapulaire.

Cuir chevelu. — Desquamation sèche peu accentuée.

Observation XXVII

Mohamed ben Larbi, 29 ans. Manœuvre. Province d'Oran.

Face. — En général pores sébacés peu dilatés. Quelques-uns à la base du nez sont augmentés de diamètre et contiennent des filaments caractéristiques.

Tronc. — Très peu séborrhéique.

Cuir chevelu. — Petites squames nacrées à la base des cheveux.

Observation XXVIII

Brahimia Mohamed, 30 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Régions sus-sourcilières, nasale et men-

tonnière luisantes. Augmentation très marquée du diamètre des pores sébacés. Entre eux la peau fait légèrement saillie. Elle est comparable à une écorce de mandarine criblée de trous. On en extrait de gros cylindres à odeur butyreuse.

Tronc. - Régions cervicale et thoracique assez grasses.

Cuir chevelu. - Petites croûtes jaunes de squames agglomérées à la base des cheveux en différents points du vertex.

Observation XXIX

Kaddour Saïssa, 21 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. - Aspect huileux du front et en particulier du nez où l'on aperçoit un grand nombre de petits filaments pointant vers l'extérieur. Quelques pores sébacés à la partie supérieure des joues sont augmentés de diamètre.

Tronc. — Assez séborrhéique.

Cuir chevelu. — Huileux, recouvert par endroits de petites plaques de crasse.

Observation XXX

Miloud ould Mohamed, 26 ans. Fellah. Province d'Oran.

Face. — Front luisant. Pores sébacés de la région nasale contenant des filaments vermiformes de pe-

tite dimension ; quelques pores sébacés agrandis aux pommettes et aux régions pré-auriculaires.

Tronc. — Nuque et dos particulièrement gras au toucher.

Cuir chevelu. — Crasse séborrhéique assez abondante à la partie postérieure et sur les côtés du vertex.

Ces observations ont été prises sur les 30 premiers Indigènes que nous avons été appelé à traiter pour des raisons diverses. Il convient donc de faire observer qu'elles ne constituent nullement un choix en faveur de nos conclusions et qu'elles constituent une moyenne de tous les malades que nous avons examinés.

Une première constatation à faire est donc non seulement la fréquence mais la constance de l'état séborrhéique chez nos Indigènes. Vers l'âge de 15 ou 16 ans, très souvent plus tôt la séborrhée s'installe sur la face des Musulmans. Il ne nous paraît pas douteux, au surplus, qu'au cours de la vieillesse elle persiste en donnant naissance à certaines modifications de la peau évoluant vers une dégénérescence épithéliomateuse plus ou moins marquée.

Les caractères cliniques de cette séborrhée, comme l'a déjà dit Montpellier, sont en tous points superposables à ceux que l'on trouve chez les Européens.

A la face, tantôt il s'agit d'un flux sébacé extrêmement abondant, répandu sur toute la surface cutanée sous forme d'enduit huileux que l'on ramène en abondance avec l'ongle. Tantôt cette sorte de vernis manque presque entièrement, mais alors les pores pilaires sont plus particulièrement dilatés ; leur orifice est obturé par un cocon séborrhéïque, volumineux qui est l'amorce immédiate de l'acné comédonnienne. Dans ce dernier cas, le sébum, gêné dans son excrétion est en rétention dans les infundibula pilosébacés.

Inutile d'ajouter qu'entre ces deux extrêmes existent tous les intermédiaires et que ces deux syndrômes d'aspect clinique opposé se combinent dans des proportions fort diverses donnant aux faces des sujets des aspects séborrhéiques au même titre.

Au cuir chevelu on trouve à peu près constamment un enduit grisâtre squammeux de consistance graisseuse, parfois pâteuse, se détachant facilement au coup d'ongle. Le siège de choix est le vertex. Nous n'insistons pas sur les états pelliculaires plus ou moins secs que l'on rencontre couramment sur ces cuirs chevelus où ne manquent également pas les pityriasis stéatoïdes à localisations diverses et en particulier en marge du cuir chevelu.

Sur le tronc, la séborrhée existe chez les Musulmans comme chez nous : aspect huileux, dilatation

des pores, cocons séborrhéiques, y existent à peu près constamment comme d'ailleurs au niveau des autres points topographiques classiques de la séborrhée : zones péri-ombilicale, verge et bourses.

Nous regrettons vivement que les nécessités de notre service d'aide-major, nous tenant loin d'Alger, nous aient interdit toutes recherches de laboratoire. Il eut été intéressant de rechercher si bactériologiquement et anatomo-pathologiquement cette séborrhée chez les Indigènes s'accompagne des mêmes modifications anatomiques et du même microbisme que la séborrhée des Européens.

Quoi qu'il en soit, on peut donc tenir comme établi que cette séborrhée existe chez les Indigènes au même titre que chez nous.

CHAPITRE III

ACNÉ

Parmi les syndrômes cutanés que l'on rattache plus ou moins intimement au facteur **Séborrhée** il en est un fort commun sur lequel nous avons fait porter plus particulièrement notre attention. Il s'agit de l'**Acné.**

Pas plus que pour la **Séborrhée,** nous ne voulons ici entamer la discussion au sujet de la pathogénie de cette inflammation nodulaire à tendance plus ou moins suppurative de la peau.

Nous bornerons notre ambition à montrer l'extrême fréquence de cette affection chez nos Indigènes de l'Afrique du Nord.

Il est assez curieux de constater que les auteurs qui se sont occupés de dermatologie en Algérie en font à peine mention. Ils paraissent avoir considéré cette affection comme une des plus rares parmi les dermatoses que l'on a l'habitude de rencontrer chez les Indigènes.

C'est ainsi que Leclerc signale seulement 2 cas d'acné sur 362 affections cutanées observées.

Raynaud, qui, il est vrai, prétend que les maladies

de la peau sont peu fréquentes chez les Indigènes, n'en a vu que 3 cas.

Hanoteau parle de l'acné chez les Kabyles mais il n'indique ni la fréquence, ni les variétés cliniques de l'affection.

Nous rappellerons l'opinion de Legrain sur les **Séborrhées.** Elles sont pour lui infiniment plus rares chez l'Indigène que chez l'Européen.

Enfin dans la longue statistique de Brault, le mot **Acné** ne paraît pas.

Montpellier, par contre, n'hésite pas à affirmer sa fréquence. Il a rencontré très fréquemment chez les Indigènes l'**Acné** dans toutes ses formes, depuis l'**Acné punctata** jusqu'aux variétés constituées par l'acné indurée et la tanne ; il cite en outre un cas d'acné hypertrophique.

Nous ne rapporterons qu'un nombre restreint d'observations choisies parmi les plus nettes au point de vue des localisations et de l'aspect clinique. Elles suffiront à montrer que les différentes variétés d'acné existent chez les Indigènes comme chez les Français.

Observation I

Ouïs Mohamed ould Djelloul, 22 ans. Fellah. Province d'Oran.

Comédons nombreux et volumineux, disséminés à la surface des joues, du front, et dans la conque de

chaque oreille, plus fins dans les sillons naso-géniens et à la partie postérieure du cou. Petit placard d'acné punctata à l'angle externe des yeux.

A la partie médiane de chaque joue et dans la région postérieure du dos, quelques papules et pustules de la grosseur d'une tête d'épingle noire.

Observation II

El Arbi, 29 ans. Fellah. Province d'Oran.

Au niveau des joues on observe quelques petites élevures centrées d'un gros comédon que l'on extrait assez facilement par simple pression ; au niveau des pommettes, une réunion de petites taches noires punctiformes d'un millimètre de diamètre environ. A l'entrée des conduits auditifs, on remarque aussi plusieurs têtes noires caractéristiques de différentes dimensions.

Sur chaque joue et dans la région sus-scapulaire, quelques pustulettes reposant sur une large base rouge.

Observation III

Hamouda ould Didouh, 22 ans. Berger. Province d'Oran.

Nombreux comédons de volume variable sur les joues et le nez ; quelques-uns au niveau du front et aux régions auriculaires.

Sur les joues, le menton, la région claviculaire et dans le dos, quelques lésions d'acné papuleuse et pustuleuse.

A signaler sur la face latérale gauche de la nuque, à 4 centimètres de la base des cheveux, une saillie d'acné chéloïdienne.

Observation IV

Fekerine Boudjemâa, 26 ans. Fellah. Province d'Oran.

Quelques élevures centrées d'un gros point noir au front et aux joues ; petit placard de fins comédons au sommet de la pommette droite. Dans la conque de l'oreille droite, un petit kyste allongé comme un grain de millet, assez dur et facilement énucléé. Au niveau de la région scapulaire, quelques saillies rouges avec quelques pustules variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

Observation V

Belkaïm Abderrhamane ben Mohamed, 24 ans. Etudiant (?). Province d'Oran.

Sur le front, les joues et la nuque, nombreux comédons occupant la partie centrale de petits monticules ; dans les sillons naso-géniens et au niveau du rebord de la lèvre supérieure, quelques petits points

noirs de 1 millimètre de diamètre ; quelques-uns plus gros à la partie interne des oreilles.

Quelques lésions d'acné papuleuse et pustuleuse avec plusieurs petites cicatrices ombiliquées disséminées aux joues, aux épaules et à la région cervicale (traces d'acné nécrotique).

Observation VI

Boubakeur ben Mahfoud, 29 ans. Fellah. Province d'Oran.

Plusieurs élevures centrées de têtes noires aux joues et au menton et dans la conque de chaque oreille ; quelques papules et pustules disséminées à la surface des joues.

Plusieurs cicatrices violacées à base infiltrée, principalement au milieu de la joue droite.

Observation VII

Abdelkader ould Ahmed ben Mahi, 29 ans. Manœuvre. Province d'Oran.

Petites taches noires très rapprochées formant placards aux pommettes. Comédons plus gros et assez nombreux aux joues et à l'entrée des conduits auditifs. Un petit kyste de la grosseur d'un grain de millet énucléable à la pression dans la région sus-épineuse droite.

Papules et pustules nombreuses de dimensions variables aux régions pré-sternale et scapulaire.

Observation VIII

Ammar ben M'Barek, 20 ans. Berger. Province d'Oran.

Petits comédons disséminés sur les régions sus-sourcilières, le nez et les pommettes ; 3 ou 4 gros cocons ovoïdes à tête noire dans la conque des oreilles ; nombreuses élevures noires aux joues et à la partie supérieure du menton.

Lésions d'acné papuleuse et pustuleuse aux mêmes régions ainsi qu'à la partie postérieure du thorax. Quelques cicatrices indurées et violettes sur les parties latérales du visage.

Observation IX

Ben Halima Tayeb, 26 ans. Fellah. Province d'Oran.

15 à 20 comédons formant de petites taches punctiformes de 1 m/m de diamètre, groupés au niveau des tempes ; quelques petites élevures aux régions pré-auriculaire et auriculaire.

A la base du nez, au menton, de chaque côté de la bouche et à la région cervicale, plusieurs petites pustules fermées et croûteuses.

Observation X

Haouari Abdelkader ould Ali, 22 ans. Journalier. Province d'Oran.

Gros comédons en dessus de chaque pommette et au milieu des joues ; nombreux comédons plus fins au niveau de la base du nez ; cocons de dimensions variables au niveau de la face interne des oreilles et à la nuque.

Lésions d'acné papuleuse et pustuleuse avec cicatrices ombiliquées assez nombreuses aux joues et sur chaque épaule.

Observation XI

Ali ould Mohamed ould Amar, 21 ans. Fellah. Province d'Oran.

Petits placards de fins comédons aux régions temporales droite et gauche ; 2 ou 3 plus gros dans la partie interne des oreilles. Nombreuse élevures centrées d'un gros point noir sur les joues, le front et la région mentonnière. Très peu de papules et de pustules au visage.

Observation XII

Abdelkader ben Mohamed Kandaf, 29 ans. Fellah. Province d'Oran.

Sur chaque joue on observe des comédons en grand nombre, les plus petits à la partie supérieure

et au voisinage du nez et des oreilles, les plus gros au centre et élevés. Dans la conque de chaque oreille à l'entrée du conduit auditif, de gros cocons à tête noire de 2 ou 3 m m de diamètre ; à la partie supérieure du cou, quelques-uns plus petits.

A noter sur les parties latérales de la face, plusieurs lésions d'acné pustuleuse disséminées.

Comme nous le voyons dans ces observations, l'acné se présente chez les Indigènes de l'Afrique du Nord dans ses différentes variétés.

Il ne nous est guère possible de donner une statistique pouvant nous indiquer d'une manière précise quel est le pourcentage d'acnéiques chez les Musulmans. Mais si l'on veut bien faire entrer dans ce pourcentage l'acné punctata, nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'est pour ainsi dire pas un sujet à l'âge classique de l'acné qui n'ait pas quelques boutons acnéiques. C'est dire que l'acné est ici non seulement aussi fréquente que chez nous, mais véritablement constante chez les Musulmans de l'Afrique du Nord.

Comme nous l'avons déjà dit, la topographie est ici la même que chez les Européens. Il semble néanmoins que l'on rencontre chez les Indigènes, moins fréquemment que chez nous, ces acnés pustuleuses à poussées subintrantes qui criblent la région dorsale

au point d'y constituer une véritable infirmité inesthétique.

Les modalités cliniques se trouvent encore ici au même titre qu'en France. L'acné comédonienne est, nous l'avons dit, constante. L'acné papuleuse et pustuleuse est fréquente, surtout chez les sujets de 20 à 25 ans qui sont à la période véritablement floride de la séborrhée.

L'acné nécrotique se rencontre aussi assez souvent laissant des cicatrices varioliformes indélébiles. Nous avons vu quelques cas d'acné indurée et même un cas d'acné chéloïdienne de la nuque.

En résumé le syndrôme d'acné polymorphe plus ou moins complet s'observe aussi fréquemment chez les Indigènes (arabes ou Kabyles) que chez nous.

Faut-il s'étonner de rencontrer avec une pareille fréquence ces différents syndrômes acnéiques chez nos Indigènes ? Evidemment non. Non seulement l'Indigène présente le substratum anatomo-pathologique essentiel au développement de ces boutons d'acné — *l'état séborrhéique* — mais encore il réalise toutes les causes secondes capables de *déclencher* ces éruptions. Il les réalise même infiniment plus et mieux que les Européens de mêmes conditions.

Une première raison de voir ici fréquemment des éruptions à éléments acnéiques, ou tout au moins acnéiformes, se trouve dans cet abus excessif — peut-

on dire — que font les Indigènes de certains médicaments et particulièrement de l'iodure de potassium. Qui n'a vu, en effet, dans le bled ou dans les villes de l'intérieur le spectacle si amusant de charlatans venus du Maroc ou de contrées plus ou moins lointaines pour vendre ce produit doué, à leur dire, de toutes les vertus possibles et imaginables ; on a vu même, dans certaines régions, l'iodure de potassium détrôner certaines pratiques fort en estime chez nos Indigènes, telles que les ventouses scarifiées dans la région occipitale ; l'iodure, aujourd'hui, a la réputation de guérir la plus grande partie de leurs maux. Mais en vérité il ne s'agit là que d'éruption acnéique et non d'acné véritable.

Une place des plus importantes doit être faite au rôle joué dans la pathogénie de l'acné chez les Indigènes par le *défaut d'hygiène de leur peau.* On sait que l'acné n'est autre chose qu'une inflammation secondaire du follicule pilo-sébacé et de son voisinage, inflammation consécutive à l'invasion de ce follicule par des microbes divers, en particulier par le staphylocoque doré. Il s'ensuit donc que tout ce qui permettra au follicule de s'infecter, favorisera le développement de l'acné.

Or, nos Indigènes sont fort peu soucieux de l'hygiène de leur peau ; à part certaines régions privilégiées pour lesquelles le Coran a prévu des ablutions

d'ailleurs superficielles : extrémités et région des organes génitaux, les Arabes et les Kabyles négligent totalement de se laver et surtout de se savonner ; il ne s'agit point ici d'en chercher la raison dans le fait que l'eau est plutôt rare, mais bien dans le plaisir indéfinissable qu'ils éprouvent à vivre dans leur crasse. Nous avons vu, en effet, les Indigènes vivant sur le littoral ; il peut leur arriver de se mouiller les pieds sur le rivage, mais jamais nous ne les avons vus prendre des bains complets. Dans les villes ayant suffisamment d'importance, il existe des bains spéciaux (bains maures) réservés à leur usage. Mais ces bains ne sont fréquentés que par la classe plutôt riche. Aussi dans les régions désertiques, où l'eau est très difficile à trouver pour la boisson, les Indigènes ne se lavent que lorsqu'il pleut et il ne pleut presque jamais.

Leur état de saleté corporelle est grandement facilitée par leurs conditions, on ne peut plus médiocres, d'habitation. Si l'on excepte les quelques privilégiés de la fortune, dont les conditions d'habitation se rapprochent énormément des nôtres, leurs maisons sont misérables ; qu'on imagine une bâtisse construite avec un mélange de boue et de fumier, couverte par un lacis de branchages et de grandes herbes, le tout agglutiné par le même mortier qui a servi à l'édification des murs : c'est le *gourbi* qu'on n'a

jamais autant connu que depuis la guerre de tranchées. Dans l'unique pièce grouillent pêle-mêle des hommes, des femmes, des enfants, des animaux et principalement des chèvres, des moutons, des bourriquots et quelques volailles, le tout mangeant, dormant et surtout urinant et défécant sur place.

On comprend qu'avec une telle existence leurs vêtements soient d'une malpropreté en rapport avec celle de leur corps.

Nous-même, au cours des visites d'incorporation, avons vu défiler par centaines, de jeunes indigènes couverts de burnous crasseux, souvent même de haillons tellement sordides que nous éprouvions à la fois du dégoût et de la pitié. Souvent, même ceux qui sont aisés, usent tous leurs vêtements sans qu'ils soient passés par un blanchissage sommaire.

Les Indigènes, peut-être en raison de certaines prescriptions du Coran qui leur interdit de massacrer les insectes, sont remplis de parasites ; les mouches, les puces, les punaises, et surtout les trois variétés de poux vivent sur eux en nombre incalculable. C'est beaucoup ce qui explique la prédilection marquée qu'ont les Indigènes pour l'habitation sous la tente ; nous avons vu, dans l'intérieur, des familles indigènes à la disposition desquelles on mettait des logements fort habitables, quitter, au moment du printemps, ces derniers pour vivre de leur vie favo-

rite, la vie sous la tente ; la tente, ici encore, sert d'abri pour les bêtes et les gens ; or, ce n'est pas lorsque le fumier accumulé par les différents hôtes vivant sous la même « couverture » tient trop de place ou dégage des odeurs nauséabondes que le chef de famille décide de choisir un nouvel emplacement ; c'est simplement lorsque le nombre de parasites atteint un nombre trop élevé ; il espère ainsi « semer » ses hôtes importuns tout en respectant les écrits du Prophète.

L'Indigène passe donc une grande partie de ses journées et de ses nuits à gratter — avec des ongles jamais taillés, des ongles dont la face inférieure légèrement incurvée contient un dépôt dont le rôle infectant ne peut être mis en doute — une peau sale, crasseuse, sur laquelle il a en permanence des foyers de suppuration, ecthyma, folliculite, furoncles, gale infectée, plaies jamais pansées..., qui permettent, et on comprend avec quelle facilité, des ensemencements multiples et variés...

En outre de ces agents microbiens dont l'action réelle domine, après le substratum séborrhéique, la pathogénie de l'acné, il est d'autres causes plus imprécises qui favorisent le développement de ce dernier ; ces causes, on les retrouve chez les Indigènes comme chez les Européens.

Nous n'insisterons pas sur ce que l'on appelle le

tempérament strumeux non plus que sur l'*arthritisme ;* ce sont des termes, au total, très imprécis qu'il faut souhaiter — à notre époque où la médecine tend à devenir une science positive — voir disparaître de la nomenclature médicale, comme ont disparu des termes faisant autrefois fureur : *diathèse herpétique* et *diathèse dartreuse.*

Les troubles gastro-intestinaux interviennent ici pour une grande part ; et d'abord la constipation si fréquente chez les Indigènes, surtout à la saison des figues de Barbarie ; tout le monde connaît le « bouchon barbarique » dont on ne peut débarrasser ceux qui l'ont que par une trituration très avancée des matières qui le constituent. En outre, une des causes essentielles de cette constipation provient de l'irrégularité avec laquelle les Indigènes se débarrassent de leur contenu intestinal ; outre l'état d'indolence qui les caractérise, ils n'aiment pas être vus et réduisent par conséquent le nombre des garde-robes ; d'où l'origine de fermentations et d'auto-intoxications on ne peut plus favorables à la production de l'acné.

A propos de l'alimentation, nous devons mentionner, à côté des épices et du tabac, l'usage immodéré que les Arabes font du thé et du café ; on peut voir, dans les villes et les villages d'Algérie, les cafés maures, où se rend plutôt la classe laborieuse indigène, constamment remplis de buveurs de thé et de café.

La classe aisée, surtout dans le bled, entre les repas, passe son temps à boire du café, puis du thé, ensuite du café pour continuer par du thé et ainsi de suite jusqu'à l'heure du coucher.

Les piments prennent une bonne part dans leur alimentation journalière. L'Indigène du littoral se nourrit beaucoup de poisson, de coquillages et de crustacés. Celui des Hauts-Plateaux vit du produit de ses troupeaux, c'est-à-dire de lait souvent aigri, de fromages fermentés, de beurre rance et de viande, surtout de mâles, c'est-à-dire de béliers ou de boucs. Plus loin, dans le désert, l'Indigène vit beaucoup du produit de la chasse : de gazelles, de moufflons, c'est-à-dire de gibier *forcé*, rapidement faisandé.

En outre des aliments viciés qu'ils absorbent avec une grande facilité, les Indigènes sont sujets à de nombreux « écarts de régime » ; comme ils sont surtout pauvres, que leurs moyens d'existence — vu le nombre des bouches à nourrir — sont infiniment réduits, ils ne mangent pas tous les jours à leur faim, souvent même la misère les oblige à jeûner en dehors du carême rituel ; aussi, quand l'occasion se présente, se livrent-ils à de véritables débauches ; nous les avons vus souvent, à l'occasion de « diffas », se jeter sur les restes du festin avec une gloutonnerie incomparable ; d'où l'origine de nombreux embarras gastriques, de dilatations d'estomac, de dyspepsies,

affections particulièrement favorables au développement de l'acné.

De par les conditions de vie et d'habitation qui nous sont déjà connues, les Indigènes ne peuvent manger autrement que sans hygiène ; la vaisselle, très réduite chez eux, puisqu'un seul plat, une seule gamelle et souvent une seule cuillère suffisent pour contenir la nourriture et la boisson de toute une famille, la vaisselle, disons-nous, est en bois ; elle n'est jamais lavée, à plus forte raison ébouillantée. Ils posent le tout sur le même emplacement sur lequel ils dorment, etc., enfin, comme les ablutions manuelles sont supprimées ou alors réduites, leurs mains ne sont jamais propres au moment des repas.

Les *troubles génito-urinaires*, dont la coexistence avec l'acné disséminée n'est plus à démontrer, se retrouve ici avec plus de fréquence que chez les Européens. Citons d'abord la précocité très connue des Indigènes d'Algérie ; si la jeune fille est femme à 11 ou 12 ans, le garçon est homme 2 ou 3 ans plus tard. Ils commencent donc fort jeunes.

Le coït est pratiqué avec une fréquence digne d'étonner les Européens ; il est certain que l'alimentation particulièrement épicée, les conditions climatériques interviennent pour la plus grande part. En outre, il y a certainement une raison d'entraînement ; depuis toujours les Indigènes ont plusieurs

femmes, en même temps ou les unes après les autres, suivant leur état de fortune. Ceux qui n'en ont qu'une s'en servent d'une manière intensive, jusqu'au jour où elle devient indisponible pour des raisons de grossesse, d'âge ou de maladie ; ceux-ci en prennent alors une nouvelle toujours très jeune et ce n'est un secret pour personne que très fréquemment des vieillards de plus de 70 ans épousent des jeunes filles souvent de moins de 15 ans.

En dehors du coït normal, l'onanisme est pratiqué par les Indigènes sous des formes infiniment variées ; pour notre part, dans les régiments indigènes avec lesquels nous avons fait campagne, nous avons souventes fois constaté la fréquence de la masturbation chez la plupart des soldats. De plus, la pédérastie est fort pratiquée ; quel est le vieux soldat, tirailleur ou spahi, qui ne possède sa « *mara* », c'est-à-dire son jeune soldat en guise de femme ? Dans les campagnes, les chèvres, les brebis remplissent fort heureusement, chez les Indigènes non mariés, l'office d'épouses.

Enfin, et nous avons pu le constater aussi, les Indigènes sont très souvent atteints d'affections des organes génito-urinaires, affections généralement négligées et qui concourent, comme les raisons ci-dessus développées, à la congestion de ces organes,

favorisant ainsi l'apparition de l'acné (blennorrhagie chronique, prostatite, cystite, etc.).

Pour finir, nous devons mentionner l'*action climatérique.*

Et d'abord insistons sur l'*action du soleil* sur l'épiderme des Indigènes dont la plus grande partie de leur vie se passe au soleil.

En plus de l'irritation due à l'insolation, on comprend que la macération de l'épiderme occasionnée par l'état de transpiration presque continuel favorisera l'introduction puis l'éclosion des germes pathogènes.

La *pluie,* contre laquelle les Arabes ne sont nullement prémunis, agit de la même façon.

Le *froid* intense et vif des Hauts-Plateaux et des régions désertiques intervient aussi dans la pathogénie de l'acné ; d'une manière générale, l'Arabe, de par ses conditions d'habitation et de vêtement, souffre énormément du froid ; il a froid parce qu'il est logé dans un mauvais gourbi ou bien sous une mauvaise tente, il a froid parce qu'il n'a pas toujours du bois ou des crottins pour faire du feu, il a froid parce qu'il est pauvrement vêtu et que son burnous, plus ou moins haillonneux, le couvre mal, parce que ses cuisses, ses jambes, ses pieds sont nus. Même au cours de la mauvaise saison, il a rarement un vieux sac ou même un peu de paille pour l'isoler du sol ;

généralement il couche sur la terre plus ou moins humide.

Nous terminerons en parlant de l'irritation de l'épiderme produite par les vents. En Algérie comme en France les vents soufflent avec plus ou moins de violence et ont souvent en plus ici le triste avantage de transporter de la chaleur (simoun, sirocco) ou du sable, décuplant ainsi leur action irritative.

Nous voyons donc, en résumé, que toutes les causes connues dans la pathogénie de l'acné chez les Européens, se retrouvent souvent avec plus d'ampleur chez nos Indigènes d'Algérie :

Le fond séborrhéique, l'ingestion de certaines substances, l'alimentation et l'hygiène défectueuses et déplorables, les maladies de certains organes (en particulier des organes génito-urinaires), la précocité et surtout la fréquence des coïts, enfin, les contacts irritants.

CHAPITRE IV

CALVITIE

Les auteurs qui ont étudié les différentes dermatoses chez les Indigènes de l'Algérie, Raynaud, Legrain, Brault, Montpellier, ont constaté chez eux la rareté de l'alopécie progressive et définitive du vertex.

Pour notre part, depuis que nous vivons au milieu des soldats indigènes, nous n'avons rencontré que très rarement des individus chauves. Nous avons soin d'ajouter que tous avaient l'âge classique où sévit la calvitie.

En examinant attentivement le cuir chevelu des hommes de notre régiment pour y rechercher la présence ou l'absence de crasse séborrhéique, nous avons été frappé de l'état de la chevelure ; les cheveux plantés bas sur le front et les tempes sont partout épais, très souvent frisés, moins fins que les nôtres et ils offrent une résistance marquée à la main qui tente de les arracher. Nous étions habitués à rencontrer chez beaucoup d'Européens du même âge, souvent même plus jeunes, une dénudation plus ou moins marquée au niveau du front et des tempes ou

de la région du vertex, voire même chez certains un début de calvitie hippocratique.

Ce fut donc là la première raison de notre étonnement. Cet étonnement grandit lorsqu'il nous fut permis de remarquer que par contre les Indigènes avaient une peau et spécialement un cuir chevelu fort séborrhéique. Cela était en quelque sorte anormal puisque à peu près tous les auteurs font intervenir comme facteur important, souvent primordial, de la calvitie, l'état séborrhéique de la peau. Nous en étions donc amené à nous demander, en face de ces deux faits, peut-on dire discordants, si les autres raisons que donnent les différents auteurs pour expliquer le déclenchement de cette alopécie idiopathique du vertex étaient à ce point absents pour que l'action essentielle de la séborrhée fût déclarée ici insuffisante.

C'est pourquoi nous avons recherché si ces causes adjuvantes, générales et locales étaient différentes pour les individus de l'une et l'autre race.

Ce serait nous écarter de notre sujet que vouloir discuter la valeur exacte des causes diverses qui peuvent provoquer ou simplement favoriser la chute progressive et définitive des cheveux. Nous voulons seulement les passer en revue et voir au total en quoi elles peuvent différer chez nos Musulmans.

Tout d'abord les auteurs admettent généralement *qu'il existe un rapport entre la possibilité de la calvitie et le degré de développement et de travail intellectuel du sujet.*

Les Indigènes que nous avons observés sont loin d'être des érudits ou des penseurs. Leur cerveau travaille peu. Dans leur pays d'origine ils cultivent la terre ou font paître leurs troupeaux. S'ils vont à la ville, ils exercent les métiers de débardeur, de porte-faix, de manœuvrier.

Au régiment, dès que le service ne les retient plus, ils n'ont qu'une idée, fumer, jouer et surtout faire la sieste ; mais l'agriculteur de France qui vit à la campagne, travaille aux champs comme l'Indigène et qui, lui, perd si facilement ses cheveux, se livre-t-il à un travail de tête bien absorbant ? On peut dire que dans la majorité des cas, dès qu'il a quitté l'école, c'en est fini pour lui des études où l'esprit réclame l'attention et les efforts de mémoire.

L'Indigène en général ne boit pas d'alcool. Dans l'armée il se laisse parfois tenter et durant la campagne nous avons été appelé à constater quelques cas d'ivresse. *L'alcoolisme est donné comme une cause défavorable à la conservation de la chevelure.* Or, si cette funeste passion fait encore tant de ravage dans les villes de la Métropole, elle atteint peu le

paysan de France qui, en dehors des jours de fête, est remarqablement sobre.

Pour lui, enfin, comme pour l'Indigène, *la vie au grand air, l'alimentation surtout végétarienne* sont deux nouvelles conditions d'ordre général qui n'ont pas une valeur différente.

On a fait une *grosse part à la glande sexuelle dans la genèse de la calvitie.* Celle-ci serait plus fréquente chez les hommes d'instinct sexuel accusé. Déjà chez les Anciens c'était un signe de débauche. Les jeunes débauchés étaient toujours représentés chauves.

L'Indigène, pour se mettre à l'abri de la calvitie, a-t-il donc fait vœu de chasteté ? Sa réputation à ce sujet n'est plus à faire. C'est un souci constant pour lui de satisfaire ses instincts génésiques et avec les progrès de l'âge de ne jamais faiblir devant le sexe aimable. Les médecins qui exercent en Algérie en ont fait fréquemment la remarque et nous-même dans les différents cantonnements du front, où nous nous trouvions au repos, nous avons été témoins de leurs assiduités, qui nécessitèrent parfois l'intervention des gradés.

A côté des causes générales, *certaines causes locales peuvent favoriser la chute des cheveux.* On invoque aussi bien *l'absence que l'abus de soins du cuir chevelu* tels que *lavages journaliers, fréquence des lotions et frictions, l'usage de teintures et de cosmétiques,*

les tiraillements exercés par les brosses et les peignes ; quoiqu'il en soit, nous constatons la rareté de la calvitie chez l'Indigène qui néglige l'entretien de son cuir chevelu et la fréquence de cette affection chez l'Européen, qui devient chauve, qu'il prenne soin ou non de sa chevelure.

On donne aussi comme facteur local important d'alopécie définitive, *le port de coiffures lourdes, mal aérées et serrées au niveau du front et des tempes.* La casquette ou le chapeau de paille que portent, suivant les saisons, nos paysans de France, nous semble bien moins préjudiciable à la conservation d'une abondante chevelure que la chéchia et surtout que le guénour que serrent étroitement autour de la tête des cordelettes en poil de chameau — et combien peu, parmi tous les Indigènes que l'on rencontre avec la chéchia ou des calottes et des chèches de toile, se débarrassent de ces coiffures pour la nuit ?

Quant à la *sudation locale* si elle intervient comme cause favorisante de la calvitie, nous pouvons déclarer que les Indigènes transpirent aussi abondamment que les Français.

De même, si *la chaleur excessive et le séjour au bord de la mer* exercent sur les cheveux une influence pernicieuse, les Indigènes de l'Algérie ont lieu d'en ressentir davantage les effets que la majorité de nos compatriotes.

Comme nous le voyons, toutes ces conditions d'ordre général et local, qui sont données comme exerçant une action favorable ou défavorable à la conservation de la chevelure, n'existent pas chez les Indigènes de l'Algérie autrement ou davantage que chez les campagnards de la Métropole. Et cependant il y a un fait certain et une petite statistique que nous avons établie nous aide à en fournir la preuve, c'est qu'à l'âge de la calvitie, les chauves sont rares parmi les Indigènes, et au contraire fréquents dans nos campagnes.

STATISTIQUE

CORPS	INDIGÈNES examinés	AGE	RÉGION d'origine	INDIGÈNES	
				plus ou moins alopéciques	chauves
6e Tirailleurs	180	24 à 38 ans	Prov. d'Oran	7	
5e Spahis	82	25 à 45 ans et au dessus	»	2	1

Ces 10 hommes atteints de calvitie ne présentaient qu'une dénudation au niveau des tempes et de la partie antérieure du cuir chevelu, à l'exception d'un spahi chez qui la dépilation s'étendait à tout le vertex.

On ne s'explique donc pas du tout que nos Indigènes ne soient pas chauves au même titre que les Européens de leur même condition. On se l'explique

d'autant moins, nous l'avons dit, que la majorité des auteurs font de la séborrhée le facteur essentiel, primordial, parfois sine qua non, de la calvitie.

Ainsi, d'après Brocq, ce sont les affections rangées sous le nom de « Séborrhée » qui causent la plupart des calvities de notre époque.

Pour Gastou, les deux formes de la séborrhée grasse s'accompagnent généralement pendant le cours de leur évolution de comédons ou d'acné pustuleuse et à la fin de calvitie.

Audry déclare que des rapports plus ou moins immédiats entre l'atrophie du cuir chevelu et la stéatidrose peuvent et doivent être admis.

Sabouraud, lui, va plus loin. Il admet bien que certaines causes adjuvantes générales et locales sont nécessaires, mais la séborrhée avec son microbacille est la cause essentielle de la calvitie.

En résumé, de tout ce qui précède, des observations que nous avons recueillies, il ressort nettement que la **Séborrhée** et les diverses variétés d'**Acné** qui ont avec elle une parenté clinique évidente, sont extrêmement fréquentes chez les Indigènes, que la calvitie au contraire est chez eux très rare.

Nous avons passé en revue les principales causes d'ordre général que la plupart des auteurs admettent pour expliquer l'alopécie progressive et définitive du vertex. Nous voyons qu'elles ne diffèrent pas telle-

ment chez les Indigènes et les habitants de nos campagnes.

Quant aux causes locales, si elles ont une influence notable, elles devraient être plus préjudiciables à la conservation de la chevelure chez les Indigènes. Leurs coiffures sont certainement moins aérées que les nôtres, plus serrées et plus lourdes. Elles restent, d'autre part, pour ainsi dire, fixées à leur tête d'une façon permanente.

Quand on examine un Européen chez qui on trouve en différents points de la face et du cuir chevelu des traces très nettes de séborrhée et qu'on s'aperçoit en même temps que son front, ses tempes se dégarnissent, on n'hésite pas, comme beaucoup d'auteurs l'ont fait, à établir un lien de parenté entre ces deux affections. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'Indigènes qui présentent un état séborrhéique plus ou moins accentué des régions glabres et pilaires et qui, eux, ne perdent pas leurs cheveux, on a le droit d'être surpris et de se demander, sans formuler d'ailleurs aucune critique, si la **Séborrhée** peut être considérée comme la cause dominante de la calvitie.

Comment donc expliquer cette anomalie pathologique ?

On pourrait penser que l'Indigène, aussi bien que l'Européen, perd ses cheveux à l'âge classique de la

calvitie, mais que la repousse est chez le premier plus active que chez le second et qu'elle arrive à combler les vides au fur et à mesure qu'ils se produisent ; mais en examinant le cuir chevelu, on s'aperçoit bien vite que les dimensions des cheveux, leur implantation sont identiques en différents points du vertex et, enfin, que la résistance à la traction est surprenante par rapport à ce qu'elle est chez nous.

Cette hypothèse n'a donc pas de valeur réelle.

Nous ne trouvons qu'une raison pour expliquer cette différence d'aptitude mobile à l'alopécie progressive et définitive du vertex.

Les Indigènes de l'Algérie, étant d'une race spéciale, ce facteur « race » doit certainement pour une large part, entrer en ligne de compte. L'état anatomique du cuir chevelu n'est probablement pas le même chez des individus de race différente. On sait que la longueur et la forme des cheveux varie dans de larges proportions ainsi que le nombre et le diamètre ; le dernier, par exemple, est de 0 m. 23 m/m pour l'Arabe et de 0,05 à 0,08 m/m pour le Français. Or, tout le monde est d'accord pour reconnaître que les sujets dont la calvitie est précoce ont toujours une chevelure très fine. Il y aurait lieu également de considérer un rapport entre la calvitie et le groupe ethnique auquel appartient l'Indigène.

C'est ainsi que Brault a trouvé que le Mozabite est plus souvent chauve que l'Arabe.

D'après les observations de Montpellier, le Kabyle l'est de son côté plus fréquemment que l'Arabe, tout en l'étant moins que le Mozabite.

CONCLUSIONS

1° La **Séborrhée**, l'**Acné** sont des affections fréquentes chez les Indigènes de l'Algérie, aussi fréquentes, on peut le dire, que chez les Français. Chez les uns comme chez les autres, les localisations et les symptômes cliniques sont superposables.

2° La **Calvitie** est au contraire très rare chez les Indigènes.

3° Puisque les causes que l'on donne habituellement comme favorables ou préjudiciables à la conservation de la chevelure sont identiques pour eux et les Français de même condition sociale, cette anomalie pathologique semble ne pouvoir s'expliquer que par la différence de race.

Vu : *Le Président de Thèse,*
H. SOULIÉ.

Vu : *Le Doyen,*
J. CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 12 juin 1918.
Le Recteur,
E. ARDAILLON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Audry. — Séborrhée, séborrhéide, in *La pratique dermatologique*. Tome IV.

Barby. — Hygiène des Indigènes dans la région d'Orléansville, in *Gazette médicale de l'Algérie*. 1853.

J. Brault. — Maladies cutanées chez les Indigènes musulmans, in *Revue générale des sciences*. Octobre 1904.

Brocq. — Traité des maladies de la peau. 1890.

Challau. — Hygiène des Kabyles du cercle du Fort Napoléon, in *Gazette médicale de l'Algérie*. 1868.

Gastou. — Maladies du cuir chevelu. 1902.

Guyon. — Observations médicales faites à la suite de l'Armée d'Afrique, in *Gazette médicale de l'Algérie*. Octobre 1839.

Hanoteau. — Dermatoses diverses, in *Kabylie et coutumes kabyles*. Tome I. 1893.

Leclerc. — Une mission médicale en Kabylie, in *Gazette médicale de l'Algérie*. 1863.

Legrain. — Notes de pathologie spéciale des Indigènes algériens, in *Revue médicale de l'Afrique du Nord*. 1899-1900.

J. Montpellier. — Mycoses et pseudo-mycoses du pied en Algérie. Thèse 1914.

Article séborrhée et calvitie du vertex chez les Indigènes de l'Algérie. 1918.

L. Raynaud. — Un mois dans l'Aurès, in *Bulletin médical de l'Algérie.* Octobre 1892.

Sabouraud. — Les maladies du cuir chevelu, les maladies séborrhéiques. 1902.

Entretiens dermatologiques à l'Ecole Laïller. 1913.

Vincent. — Exposé clinique des maladies des Kabyles, in *Société de médecine d'Alger.* 1862.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION 11

CHAPITRE I. — Considération généaale sur la pathologie cutanée algérienne 13

CHAPITRE II. — Séborrhée 23

CHAPITRE III. — Acné 43

CHAPITRE IV. — Calvitie 63

CONCLUSIONS 73

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 75